Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social
S/C

Versión Taquigráfica N° 173 de 2015

SEÑORA LIROPEYA CAMBLOR DE AGUIRRE

ver exposición

COMISIÓN HONORARIA PARA LA SALUD CARDIOVASCULAR

ver exposición

ASOCIACIÓN URUGUAYA DE DIETISTAS Y NUTRICIONISTAS

ver exposición

Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 7 de julio de 2015

(Sin corregir)

PRESIDE:	Señor Representante Luis Gallo Cantera.
MIEMBROS:	Señores Representantes Daniel Bianchi, Walter De León y Martín Lema Perreta.
INVITADOS:	Por la Asociación Rodrigo Aguirre Camblor – Cuidar la vida, señoras Liropeya Camblor de Aguirre, Presidenta; Graciela Ortiz, Secretaria y Ana Laura Gallego, Prosecretaria.
	Por la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular, doctores Mario Zelarayán, Director y Bernardo Pérez.
	Por la Asociación Uruguaya de Dietistas y Nutricionistas, señoras María Rosa Curuchet, Alejandra Girona y Sofía Verdier.
SECRETARIA:	Señora Myriam Lima.
PROSECRETARIA:	Señora Viviana Calcagno.

SEÑOR PRESIDENTE (Luis Gallo Cantera).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social da la bienvenida a la delegación de la Fundación Rodrigo Aguirre, integrada por su Presidenta, señora Liropeya Camblor de Aguirre; su Secretaria, señora Graciela Ortiz y su Prosecretaria, señora Ana Laura Gallego.

SEÑORA CAMBLOR (Liropeya).- Soy Presidenta fundadora de la asociación civil "Rodrigo Aguirre- Cuidar la vida".

En primer lugar, quiero dar gracias por otorgarnos este espacio para exponer los motivos y el detalle de los artículos que componen el anteproyecto de ley que venimos a presentar aquí, titulado "Ley Rodrigo Aguirre: seguridad en los quirófanos". Puse ese título al anteproyecto, porque hay un antes y un después del suceso de Rodrigo, en honor a su memoria y a la de muchos que han sufrido diferentes eventos adversos.

Queremos destacar que la esencia del anteproyecto de ley que estamos presentando es, por sobre todas las cosas, terminar con los errores y eventos adversos en la medicina a través de la promoción, del control, de la corrección y de la prevención de este tipo de sucesos infortunados. De esa forma, estaremos contribuyendo a construir una medicina de calidad en nuestro país y, a su vez, podría servir como un parámetro de referencia para otros modelos de salud en el mundo.

Consideramos que este anteproyecto de ley será crucial, en primer lugar, para la seguridad del paciente, otorgándole las máximas garantías, en plenitud de todos sus derechos; en segundo término, será crucial para todo el personal de la salud, evitando el error a partir de la prevención, el control y la corrección de los eventos adversos en la medicina. Asimismo, resultará una garantía para todo el personal de la salud de modo tal de que también alentará la seguridad del personal frente a los distintos eventos adversos que puedan ocurrir en un block quirúrgico o recinto de emergencia.

En el anteproyecto se prevé que el uso de las cámaras esté restringido a mantener el rostro de todos quienes estén siendo filmados bajo imagen pixelada -puede ser una nube-, como la que se utiliza en los medios de comunicación, a efectos de preservar la identidad de las personas y por una cuestión de seguridad y de privacidad.

Las cajas negras quirúrgicas funcionarán como instrumentos de quirófanos inteligentes. Esto significa que si algo está sucediendo en forma errónea o adversa, la propia caja lo detectará.

Por otra parte, se plantea utilizar las filmaciones como herramientas de aprendizaje para los futuros profesionales del sistema de la salud. De esta forma, se jerarquiza el trabajo y el saber profesional de los médicos y de todo el personal de la salud.

En nombre de la Fundación "Rodrigo Aguirre- Cuidar la vida", quedamos a disposición para aclarar o hacer aportes sobre este tema, en la etapa del debate en el Parlamento o cuantas veces sea necesario, si así lo consideran.

El artículo 1º establece: Dispóngase como instrumento obligatorio el uso de dispositivos de audio y de vídeo en los blocks quirúrgicos de todos los centros de salud de la República Oriental del Uruguay, tanto públicos como privados.- Asegúrese la privacidad de los pacientes y de todo el personal de salud interviniente en el acto médico y que queden filmados bajo el derecho y obligación de preservar la confidencialidad de ambas partes. Es muy importante la confidencialidad; a veces se siente temor por este aspecto.

El artículo 2º dispone: Dispóngase como elemento esencial la digitalización de todas las fichas quirúrgicas de todos los centros de salud del país. Entiéndase por ficha quirúrgica el registro de todos los acontecimientos, personas e instrumentos utilizados que participen o formen parte del acto quirúrgico, tomando como referencia los registros utilizados en la aviación a través de las cajas negras. La activación del registro de la caja negra debe comenzar desde la primera persona que ingrese al recinto hasta la última persona, al salir, quedando la sala pronta para la próxima intervención.

El personal que actúa en el acto médico, una vez que ingresa, si sale del block debe repetir el proceso de higiene obligatoriamente y marcar nuevamente su ingreso.

Colóquense las cajas negras en recintos dispuestos para este uso, donde su única forma de ingreso sea la del registro de la huella digital de cualquiera de los dedos pulgares de las manos. Colóquense, además, puertas aseguradas en los blocks quirúrgicos mediante el registro de la huella digital de cualquier de los dedos pulgares de las manos.

El artículo 4º establece: Declárese indispensable y obligatorio la digitalización de la ficha quirúrgica y anestésica de modo tal que la información contenida en ella resulte inviolable. Dichos instrumentos podrán ser consultados con la orden judicial correspondiente, brindando así las máximas garantías a médicos, pacientes y familiares.

El artículo 5º dispone: Declárase esencial la pausa quirúrgica previo al acto quirúrgico. La misma implicará la revisión de todos los elementos, instrumentos y personas con que debe contarse y que deben estar presentes durante el acto quirúrgico que se efectuará.

Por su parte, el artículo 6º establece: La finalidad de esta ley es proteger al paciente y a todos los profesionales que actúen en el acto médico. Hay que prever que los profesores de la Facultad de Medicina y de todas las disciplinas médicas pueden tener acceso a la información desde el punto de vista didáctico, con la autorización correspondiente.

El artículo 7º dice: Sobre los elementos que prevé instalar esta ley señalamos que: A) La instalación de estos dispositivos deberá colocarse en todas las emergencias hospitalarias. B) La instalación deberá preverse en las ambulancias de emergencias móviles así como en las puertas de emergencia. C) El régimen de la ficha médica del acto de los profesionales de la salud deberá tener registro de la atención a cada paciente mediante una ficha digital inviolable registrando desde la llegada del paciente hasta finalizar la consulta.

Por último, el artículo 8º dice que la finalidad de esta ley es proteger al paciente y a todos los profesionales que actúen en el acto médico.

Quiero decirles que me he contactado con mucha gente y he investigado mucho sobre estos temas. Lo de la caja negra me surgió casi enseguida de lo que le sucedió a Rodrigo, sin haber leído nada. No sabía que en el mundo pudieran existir personas que estuvieran investigando este tema hace tiempo. Lo que pasó en el caso de Rodrigo no se entendió. Además, fue una operación menor. Sin embargo, no se sabía si le hicieron esto, si le hicieron lo otro, si le dieron tal remedio, si un médico firmó por otro, si uno salió porque no había un guante o no había una jeringa de tal calibre. Además, se tiraron ampollas y no estaban registradas en la ficha médica. Yo pensé que si hubiera habido una caja negra, como en los aviones, se podría haber tenido todo eso registrado. Entonces, me empezó a surgir la idea poco a poco y empecé a investigar.

Inclusive, le escribí a un piloto llamado Antonio Rama Toscano, Comandante instructor e inspector Boeing 777 de Qatar Airways, y él me comentó sobre la disciplina que tienen en la aviación. Me escribió: "No existe en el mundo actividad alguna que registre mejor los errores en aras del incremento de la seguridad en todas sus operaciones que la aviación. No hay ninguna otra industria que asuma los errores para aprender de ellos y así evitar cometer los mismos nuevamente". Porque ese es el tema: aprender de los errores, asumirlos y evitar volver a cometerlos. Luego continúa: "La filmación de las intervenciones quirúrgicas, tienen dos componentes muy importantes: uno es el de generar un registro filmado de lo actuado a los efectos de poder revisar y tener constancia de lo actuado por los equipos médicos. El otro y no menos importante es dar acceso fácil a los estudiantes, y a todos los profesionales, para que puedan mejorar técnicas y aprendizaje".

A veces sucede en las cirugías que los cirujanos pasan por situaciones en las que evitan ciertos eventos porque se dan cuenta a tiempo y así salvan a la persona. Entonces, también es importante que otros médicos, otros profesionales y los estudiantes aprendan de eso, porque no siempre se cae en hechos adversos.

Más adelante agrega el Comandante Rama Toscano: "Ambas funciones tienen un solo resultado, el de mejorar y elevar el nivel de los profesionales de la medicina, pudiendo los equipos médicos realizar debriefings donde cada actor pueda observarse y ver su performance y errores, y sobre todo el gran resultado es el aumento de la seguridad en la actuación de los equipos médicos. El tener acceso y la publicación de los errores cometidos por los demás es una de las herramientas más efectivas que tiene la aviación para evitar su repetición. Hoy en día con la tecnología actual es fácil y poco costosa la instalación de equipos de filmación y grabación en quirófano". El documento es claro. Ellos tienen una disciplina impresionante. Por ejemplo, tienen asumido que no pueden tomar ni una gota de alcohol -aunque ahora hay una ley en ese sentido-, y que deben acostarse a determinada hora; aunque siempre hay excepciones tienen esas normas totalmente asumidas.

Como dije, he leído mucho acerca de este tema y tengo documentos del doctor Teodor Grantcharov, de las Universidades de Plovdiv Bulgaria, y de Aarhus, Dinamarca, donde cursó especialidades, quien ha estudiado

esto. Su trayectoria se ha centrado en la cirugía general mínimamente invasiva, la educación quirúrgica, la innovación quirúrgica, la simulación, la cirugía mínimamente invasiva, la seguridad del paciente. Completó la residencia en la Universidad de Copenhague, tiene un doctorado de Ciencias Médicas en la Universidad de Aarhus, en Dinamarca, y posee más títulos. Él explica que investigadores canadienses están trabajando en una caja de seguimiento como la que se coloca en los aviones para detectar los movimientos de los cirujanos durante una operación e identificar errores, es decir una especie de caja negra quirúrgica. Al identificar con precisión los errores y avisando a los cirujanos cuando están yendo fuera de curso dicha caja negra podría prevenir futuros errores. A diferencia de las llamadas cajas negras de la aviación, que se utilizan después de que ocurre un accidente, la caja negra quirúrgica sería utilizada de forma proactiva para prevenir complicaciones mayores en el paciente. La caja negra de Grantcharov es un sistema multifacético. Físicamente la caja real incluye micrófonos en salas de operaciones y cámaras que registran la cirugía, los movimientos del cirujano y los detalles acerca de la dinámica del equipo de cirugía. Este equipo permitirá a los cirujanos definir exactamente qué salió mal y por qué. La caja negra valorará todo, desde cómo los cirujanos cosen hasta la delicadeza con que manejan los órganos, se comunican con las enfermeras, las situaciones de alto riesgo, etcétera. El software de análisis de error de la caja negra ayudará a los cirujanos a identificar cuándo se desvían de la norma o usan técnicas vinculadas a las tasas más altas de complicaciones. En este momento la caja negra de Grantcharov ha sido probada con ochenta pacientes sometidos a baipás gástrico. En una etapa inicial se están analizando las cirugías para determinar cuántos errores se producen y cuáles conducen a malos resultados para los pacientes. La caja negra quirúrgica se pondrá a prueba en hospitales de Canadá, Dinamarca y América del Sur en los próximos meses. Las prácticas también están en marcha para aplicar este método en algunos hospitales de Estados Unidos. Aclaro que esta información ya tiene algunos meses.

El año pasado me comuniqué con algunos legisladores y presenté este proyecto en el Senado, pero no hubo tiempo para considerarlo por lo que fue archivado. De todos modos, cambié un poco el proyecto ya que le incluí otros artículos. Hace poco me comuniqué con los legisladores y estoy esperando una respuesta.

Por otra parte, en los Países Bajos hay un sistema llamado DORA. Yo me contacté con el doctor holandés que utiliza este método y le dije: "Dios quisiera que pudiéramos instrumentar aquí algo similar" y me contestó: "Nos falta mucho para lo que nosotros queremos hacer". En este documento expresa "DORA. Un cuadro negro para la sala de operaciones.- Dora es la última máquina de Gran Hermano en el quirófano. Ella sigue pacientes desde el momento en que llegan. La película registra la operación; hace un registro de los instrumentos utilizados y mantiene un inventario de los equipos. También utilizan DORA en Het Oogziekenhuis Rotterdam y en Het LUMC.- Soluciones innovadoras.- Debido a la creciente atención por parte de los gobiernos, medios de comunicación y los propios pacientes, más altos estándares de la práctica continuamente se piden en relación con el registro y en el mantenimiento de aparatos médicos y equipos utilizados en hospitales. Por un lado, la seguridad y la calidad de la atención al paciente está garantizada, por otro, el uso eficiente de los equipos. Por estas razones, constantemente se están buscando enfoques y soluciones innovadoras.- La seguridad del paciente.- En la sala de operaciones, es el médico que se encarga de controlar la presencia y la integridad de los equipos. Antes de que una operación comience son ellos los que tienen que pasar toda la lista de control: es el paciente presente, son todos los requisitos para el procedimiento disponible: están funcionando correctamente, etcétera [...]. Gracias a un sistema de seguimiento y localización de la disponibilidad de equipos médicos presentes en la sala de operaciones se puede determinar. Con el fin de hacer uso de este sistema, todo el equipo está etiquetado con pequeños receptores que no interfieren con el funcionamiento de los equipos. Cada habitación operativa está equipada con un faro que registra la presencia del equipo en la cirugía en sí".

Pienso que sería muy interesante que pudiéramos comenzar teniendo uno o dos blocks quirúrgicos inteligentes como modelo. Sé que no es fácil, pero si tuviéramos la suerte de que el Hospital de Clínicas fuera remodelado tal vez podría contar con un equipo de este tipo.

SEÑOR LEMA (Martín).- Buenas tardes. Es un gusto que estén aquí presentándonos un proyecto a fin de que podamos estudiarlo.

Quiero ser muy claro en cuanto a que es muy difícil tener una posición con respecto al proyecto -favorable o no- sin analizarlo con serenidad y estudiar cada uno de sus aspectos. Por lo tanto, me adelanto a decir que en lo personal, obviamente, no tengo una posición predeterminada.

De todos modos, corresponde agradecerles porque no todo nuestro trabajo implica un rol legislativo. Obviamente, somos legisladores y muchas de nuestras tareas tienen que ver con la elaboración o modificación de leyes, o con el control de su cumplimiento, pero es bueno tener claro hacia dónde queremos ir en determinados aspectos. Por eso creo que esta visita es oportuna, así como todo lo que nos han comentado por la reflexión que genera acerca de este tipo de episodios, que nos hacen tener permanentemente presentes los aspectos relativos a la seguridad, en la salud en general y en casos puntuales como el que detallaban. Muchas veces se dan determinados hechos cuya importancia no dejamos de reconocer pero en el día a día se presentan en la agenda otros temas que debemos abarcar.

La visita de ustedes es muy importante y oportuna porque nuevamente nos lleva a reflexionar sobre la seguridad. Más allá de la posición que tengamos sobre esta iniciativa -como dije, obviamente asumimos el compromiso de estudiarla- es importante su presencia porque nos lleva a reflexionar sobre estos asuntos y a recordar hechos que no queremos que vuelvan a suceder. Precisamente, esos hechos son los que nos orientan hacia dónde queremos ir en materia de seguridad.

Fue un gusto escucharlas y que nos hayan presentado insumos y herramientas para poder aterrizar un tema de estas características. Valoro mucho la voluntad que tienen; es admirable y contagiosa.

Son muy bienvenidos los conceptos que han vertido en esta Comisión. Gracias.

SEÑORA CAMBLOR (Lyropeya).- Agradezco al señor diputado por sus palabras. Sentir apoyo nos da más fuerza para seguir esta lucha; todavía hay mucho para estudiar e investigar. En este momento, estoy analizando la situación en España. A partir de lo que le sucedió a Rodrigo empecé a estudiar este tema. Me di cuenta que en todos los lados tienen la misma inquietud: quieren una ley sobre seguridad porque es buena tanto para los pacientes como para los profesionales. Es cierto que hay mala praxis y eventos adversos pero, a pesar de que lo mío fue terrible -he sufrido mucho y sufro-, me doy cuenta que no todo es mala praxis. Además, el profesional no se equivoca porque quiere. Lo importante y lo más difícil en todos los órdenes de la vida es asumir el error. Una vez asumido el error, no hay que señalar sino tratar de ayudar a esa persona y hacerle ver por qué se equivocó. Pienso que esto ayuda a la persona a crecer como profesional. En esta oportunidad estoy hablando del sistema de la salud pero en todos los órdenes de la vida tenemos que proceder de esta manera.

SEÑOR DE LEÓN (Walter).- Estoy de acuerdo con lo manifestado. En vez de enfocarse en la culpa, tanto el equipo de salud como los usuarios deben tratar de corregir la situación. Eso garantizaría que todo el proceso tuviera normas de seguridad, y no como sucede ahora cuando hay un error o un daño, que se espera a llegar al final de proceso. Tanto en Nueva Zelanda como en los países escandinavos y en la Unión Europea se está yendo de un sistema que se basaba en la culpa a uno en el que, aunque no haya culpa, hay resarcimiento o correcciones de los procesos; es decir: hay etapas que permiten que el error sea minimizado o eliminado. Eso es muy bueno. Entonces, tenemos que hacer un cambio en la legislación para tener mayor calidad de atención médica.

SEÑORA CAMBLOR (Lyropeya).- Es cierto que no somos perfectos, pero no podemos descansarnos en ese punto. Además, cada ser humano es único e irrepetible. También debemos tener en cuenta que todos podemos ser pacientes.

SEÑORA ORTIZ (Graciela).- Me gustaría destacar la forma en la que Lyropeya, a quien yo llamo madre coraje, encaró su dolor. Lo que le sucedió fue terrible: su hijo entró caminando a un quirófano para una pequeña intervención y falleció a las pocas horas; de repente las que somos madres podemos entenderla un poco más, aunque los demás también pueden hacerlo. Lo cierto es que ella no se sumió en odios, venganzas o en la búsqueda de culpables sino que comenzó a buscar la forma de que esta situación no se repitiera. Esto es admirable: pasó de ser un ama de casa con siete hijos, a estudiar profundamente este asunto; diría que podría dar un examen y recibirse. Es increíble la cantidad de puertas que ha tocado y cómo se ha movilizado para lograr algo que sea en beneficio de todos los demás porque lo de ella ya pasó.

SEÑOR PRESIDENTE.- Ha sido un placer conocerlas personalmente.

Obviamente, vamos a analizar el ante proyecto de ley. Con seguridad nos van a surgir muchas dudas, por lo que tendremos que reunirnos con ustedes otra vez. Esta iniciativa requiere mucho análisis y el aporte de la Fundación va a ser importante para enriquecer nuestros conocimientos.

La situación no es fácil. Ustedes tienen claro que esta iniciativa es muy compleja desde distintos puntos de vista: la implementación, los costos, el plano profesional, la intimidad de los pacientes. Además, debemos tener en cuenta que el Sistema Nacional Integrado de Salud está trabajando en el desarrollo de la informatización de las historias clínicas. Un alto porcentaje de block quirúrgico ya incorporó la historia clínica electrónica de los procedimientos, pero todavía faltan muchos.

Reitero que vamos a analizar cada uno de los artículos del anteproyecto. Para nosotros el aporte de ustedes es muy importante. Seguramente, con el tiempo las vamos a invitar nuevamente para sacarnos algunas dudas.

SEÑORA CAMBLOR (Lyropeya).- Me gustaría que alguien firmara esta iniciativa para poder presentarla como proyecto.

Por otro lado, yo voy a seguir conectándome con los científicos para seguir avanzando.

SEÑOR PRESIDENTE.- Luego, vamos a conversar con los compañeros legisladores para decidir qué procedimiento parlamentario vamos a dar a este anteproyecto. Todos sabemos que los proyectos deben ser presentados por un legislador. La idea es que este sea firmado por todos, y que entre como un proyecto de la comisión, pero eso lo debemos conversar internamente.

Ha sido un gusto recibirlas.

SEÑORA CAMBLOR (Lyropeya).- Gracias a ustedes por recibirnos. Si están de acuerdo, luego les puedo hacer llegar material complementario.

SEÑOR PRESIDENTE.- Con mucho gusto.

(Se retiran de sala integrantes de la Fundación Rodrigo Aguirre)

(Ingresa a Sala una delegación de la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular)

——La comisión tiene el agrado de recibir al director ejecutivo de la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular, doctor Mario Zelarayán y al doctor Bernardo Pérez.

SEÑOR ZELARAYÁN (Mario).- Agradecemos la amabilidad por habernos recibido.

Hemos venido para tener un momento de reflexión. Además, queremos comentarles la situación cardiovascular en Uruguay, en el mundo y cómo debemos encarar esta enfermedad.

En primer lugar, voy a trasmitir muchos conceptos básicos, porque es preocupación de los encargados en epidemiología y cuando se elaboran políticas públicas, que la gente y la sociedad no comprendan el alcance de esos conceptos. Ahí parte el error y el mal encare de las situaciones.

Cuando definimos enfermedad cardiovascular, la OPS se refiere al aparato circulatorio; por deformación, solemos llamarla enfermedad cardiovascular. Esta patología refiere al problema en las arterias del cerebro, corazón, riñones y miembros inferiores de un individuo. El término cardiovascular comprende estas cuatro patologías y no solamente a la del corazón.

En Uruguay, de acuerdo a las últimas estadísticas de 2013, por día fallecen 23 personas por esta causa; 13 son mujeres y 11 hombres. Las enfermedades cardiovasculares son predominantemente de la mujer; mayormente mueren por patologías cerebrovasculares, pero también por enfermedades cardiovasculares isquémicas del corazón propiamente dichas. Lo que ocurre es que los hombres mueren a edad más temprana y siempre se ha entendido que la enfermedad cardiovascular afecta al hombre. No es así. Es una enfermedad que afecta a ambos géneros, pero más a la mujer.

Tampoco debemos pensar que se trata de una enfermedad que afecta a las personas de mayor edad. El 20% de las personas que mueren a causa de esta enfermedad, tiene menos de sesenta y nueve años. Para la Organización Mundial de la Salud, es una muerte anticipada; por esta causa por día mueren cinco personas menores de sesenta y nueve años de edad.

En Uruguay, como se viene constatando desde hace cincuenta años, la enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte. Ya hemos pasado la transición epidemiológica en la que las enfermedades infectocontagiosas ocupan el segundo lugar en las causas de muerte. Las enfermedades crónicas, por ejemplo, SIDA, las cardiovasculares, tumores y respiratorias han pasado a ocupar el primer lugar; pero, individualmente, la enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte.

¿Cómo está nuestro país en relación con el mundo, o por lo menos con América? Uruguay tiene la tasa más alta de mortalidad por enfermedad cerebrovascular y está muy lejos de los otros países. En cuanto al género, la mortalidad de las mujeres duplica a la de las del resto de América. Con respecto a la cardiopatía isquémica, también ocupamos los primeros lugares; excluyendo a los países del Caribe, somos los primeros en América Latina.

¿Por qué tenemos tanta mortalidad? Solo vemos una parte del problema. Existen los factores de riesgo que condicionan la mortalidad y la morbilidad. En Uruguay, al igual que en el resto del mundo, tenemos una carga de enfermedad altísima. En la imagen figuran los últimos datos. Algunos van en ascenso y otros en descenso, pero la altísima prevalencia condiciona la enfermedad. Esto no solo tiene incidencia en la edad adulta, sino también en los niños. Por ejemplo, sobrepeso y obesidad tiene una incidencia de 26% y va en aumento e hipertensión 2% y seguramente va en aumento. En cambio, sedentarismo y tabaquismo van en descenso. Estas estadísticas se hacen desde los 9 años en adelante.

Tener un factor de riesgo hace que se tenga una posibilidad alta de morir por esa causa. Además, el tabaco multiplica por tres y la diabetes también. No obstante, si se tienen dos o tres factores de riesgo, no se suman, se potencian. Por ejemplo, tener cuatro factores de riesgo es tener cuarenta y dos veces más posibilidades de tener una enfermedad cardiovascular o cerebrovascular. Los uruguayos tenemos varios factores de riesgo. Según la última encuesta solamente el 3% de los uruguayos no tiene ningún factor de riesgo y casi el 60% tiene tres o más. O sea que el 60% de los adultos entre 25 y 64 años están en alto riesgo por tener tres o más factores de riesgo.

En la imagen aparecen las estadísticas de las angioplastias que financia el Fondo Nacional de Recursos hasta el último año. Esto no quiere decir que haya nuevos casos, sino que todos los años se interviene más por angioplastia. Cada vez se diagnostica más y cada vez se interviene más. En la siguiente imagen vemos la incidencia de la cirugía cardíaca que también va en aumento. Solo por concepto de angioplastias y cirugías cardíacas el Fondo Nacional de Recursos gasta US$ 50.000.000 por año. Este cálculo está hecho al año 2010.

Como dije, las enfermedades cardiovasculares no solo alteran las arterias del corazón, sino también las del riñón por las mismas causas que atacan las coronarias. Entonces, los pacientes tienen insuficiencia renal y hay que hacerles diálisis, que viene en aumento. Por hemodiálisis el Fondo Nacional de Recursos gasta otros US$ 50.000.000.

El panorama que tenemos los uruguayos es parecido al de casi todas partes del mundo. Hay un gran porcentaje de la población en alto riesgo, porque tiene tres o más factores de riesgo. El 57% de ese rango etario suma aproximadamente 1.000.000 de pacientes. En Uruguay murieron 8.722 personas por estas causas en el año 2013. Además, están los pacientes que egresan de los hospitales, que usan las instalaciones por problemas cardiovasculares y sumados son 35.000. Esta cifra seguramente alcanza los 50.000 porque las estadísticas no abarcan todos los hospitales. Es decir que la pirámide se mantiene.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que la mortalidad por enfermedades del sistema vascular son prevenibles. Esto se conoce desde hace mucho tiempo. ¿Qué hay que hacer? Todos sabemos que para mejorar la salud hay que rever el estilo de vida. Atacando los malos hábitos, se comprende más de la mitad de los componentes de la salud

Si tenemos mutualista y seguro, nuestra salud está cubierta solo en un 15%.

En el mundo, se han juntado las organizaciones que tienen que ver con la salud cardiovascular y han lanzado lo que se llama el objetivo 25 por 25. Esto quiere decir bajar un 25% la mortalidad por esta causa para el año 2025, pero no toda la mortalidad, sino la prematura.

Hay un universo enorme de cosas que tiene que hacer el mundo cardiológico y elige disminuir la mortalidad prematura, hablamos de personas de menos de 69 años. Esto es posible y es un objetivo planteado.

Se han planteado objetivos llevaderos, por ejemplo, disminuir el 10% el uso nocivo del alcohol; que no crezca la diabetes o la obesidad. En Uruguay, en los últimos cinco años, la diabetes se multiplicó por dos y en el mundo por tres; que no crezca, sería un gran logro.

¿Cuáles son las estrategias que ha planteado este objetivo mundial de 25 por 25? ¿Cuáles son las barreras que impiden llegar a él? Son muchas, entre otras, la fuerte inversión en asistencia y no en prevención, pero sobre todo, a la pobre percepción del riesgo que tienen la población y las autoridades sanitarias en el encare de la enfermedad y la mortalidad cardiovascular. Aunque lo sepan, no actúan responsablemente.

Las propuestas son muchas, pero hay que tener en cuenta que el mundo clama -a todos los países les pasa lo mismo- que hay un Ministerio de salud y su brazo ejecutor es la asistencia. Acá tenemos Ministerio de Salud Pública y ASSE, pero no hay un brazo de prevención, que tendría que ser igual de importante. Si no, ni siquiera debería llamarse Ministerio de Salud, debería llamarse Ministerio de arreglo de las patologías o arreglo de las enfermedades, porque no se dedica a la salud, sino a la enfermedad. Una vez que la persona está enferma y soluciona el problema, nunca vuelve a ser sana.

Este es un clamor de todos los países que pretenden crear, por lo menos, un centro coordinador de todos los efectores que se dedican a la prevención.

Desde que el mundo es mundo; desde el Olimpo de Zeus, el mundo se ha dedicado a la asistencia y a la prevención; ya entonces, en el Olimpo, las diosas Higía y Panacea, que se dedicaban a la curación y a la prevención. Hemos transitado por estas dos sendas, sabiendo que la asistencia tiene costos altísimos, cada vez más altos, obteniendo casi los mismos resultados a muy corto plazo.

En lo que refiere a la prevención, que tiene costos relativamente bajos, los resultados se ven a muy largo plazo: diez, veinte, treinta años

Actualmente, hay programas que tienen mucho de asistencia y algo de prevención, pero que son de costo bajo y con resultados a mediano plazo, en cuatro o cinco años. Algunos de estos programas son, por ejemplo, el tratamiento del infarto agudo de miocardio y el tratamiento de la fibrilación auricular para prevenir enfermedades cerebrovasculares. Estos dos programas son de bajo costo, porque se cuenta con la tecnología y la logística suficientes para atacar la enfermedad y el resultado es de gran impacto en cinco años.

En el mundo, se ha visto que cuando se trabaja en los dos sentidos, los mejores resultados se obtienen cuando se dispone de prevención. El programa paradigma en el mundo es el de Finlandia. Llegaron a disminuir el 70% de los infartos, fundamentalmente, con la mejora de la alimentación y la erradicación del sedentarismo. Les llevó veinte años y sigue llevándoles. Los programas que apuestan fuertemente a la prevención son exitosos a largo plazo, pero hay que hacerlos.

¿De qué manera se puede hacer prevención? Hay dos maneras: una, de forma institucionalizada, y otra, desde afuera. Las dos son exitosas. En este trabajo, se concluyó que la fortaleza del sistema de atención primaria es muy beneficiosa, y cuanto mayor sea la atención primaria, menor va a ser la mortalidad prematura, sobre todo, por causas cerebrovasculares y cardiovasculares. Antes, se pensaba que la atención primaria atacaba las enfermedades comunes, como la gripe, los dolores, etcétera, pero no; la atención primaria fortalecida disminuye la mortalidad por causas cardiovasculares y cerebrovasculares

También se trabaja desde afuera, y mucho. El Ministerio o el centro coordinador de estas actividades tendría que dedicarse a eso, por ejemplo, a la promoción del abandono del tabaco, a la alimentación saludable, a la actividad física regular, a los controles médicos periódicos, para que vayan al sistema de salud y la promoción y prevención de enfermedades. Esto es lo que tiene que hacer la sociedad por fuera de las instituciones sanitarias de asistencia.

Entonces, los pacientes de alto riesgo, que son la mayoría, condicionan la enfermedad y la mortalidad. ¿Cuáles son los gastos en materia de enfermedades cardiovasculares? Son exactamente al revés: los de la asistencia y la mortalidad se llevan el 80% y a la prevención solo se le dedica el 20%.

Ayer estábamos revisando con el doctor Pérez algunos trabajos en este sentido y observábamos que en México la cifra es mayor, 90% y 10% respectivamente. En España, a la asistencia se le dedica el 98% y solo el 2% a la prevención, y en este último está incluido todo el programa de vacunación. Eso es parte del problema.

Como podemos observar en esta diapositiva que sale a luz por primera vez acá en la comisión, la última encuesta, realizada en 2013, nos indica que venimos muy bien. La mortalidad por causas cardiovasculares viene descendiendo. Esto es obra de la asistencia, que es carísima, y de la prevención. En la diapositiva podemos ver la línea de mortalidad en el año 2007 y la actual de 2013. Hay un descenso de mortalidad en el volumen y un descenso en las muertes prematuras. Es posible el descenso de la mortalidad por el efecto de la asistencia y la prevención, y todavía no le pusimos el pie en el acelerador a esa media docena de programas que son de bajo costo y gran impacto. Hay mucho por hacer.

El descenso es muy bueno; se desciende aproximadamente un 2% por año la mortalidad por causas cardiovasculares. Debemos tener en cuenta que tenemos un lastre bárbaro: me refiero al ascenso de la mortalidad debido a enfermedades hipertensivas. En definitiva, se está trabajando muy bien y los valores están descendiendo.

Cuando iniciamos el trabajo en la Comisión, la mortalidad estaba en un 33% del total y hoy tenemos un 27%. Además, hubo un estancamiento en las demás mortalidades crónicas, como los tumores, con un 24%. Seguramente, en 2015, los valores hayan disminuido. Si se desciende un 2% por año, quizás estemos en alrededor del 24%. Seríamos uno de los primeros países del mundo en tener lo que yo llamo la segunda transición epidemiológica, porque los tumores pasarían a ser la primera causa de muerte y las enfermedades cardiovasculares, la segunda. Hicimos algunos cálculos y pronosticamos estas cifras para 2016 o 2017. En España, calcularon estos valores para 2020. Creo que estamos haciendo las cosas bien, pero a un alto costo.

Quiero mostrarles un reportaje que le hicieron al doctor Valentín Fuster, el número uno en las enfermedades cardiovasculares en el mundo; hace veinte años que está en el primer lugar de la investigación científica y en la asistencia a la cardiopatía. Sin embargo, en los últimos años, se dedicó a la prevención. Le preguntaron cómo y cuándo llegarían los resultados de prevención cardiovascular a la calle. Dijo: "Muy pronto, porque los Gobiernos ya se están dando cuenta de que el gasto es insostenible". Recuerden la gráfica del cateterismo, de la cirugía cardíaca y de hemodiálisis. En 2010 el gasto era de 50.000.000; no sé cuántos van a ser ahora y desconozco cuántos van a ser en 2020.

También le preguntaron: "Hace años que habla de la epidemia cardiovascular. ¿Cuál es el coste económico?". Contesta: "Se prevé que va a aumentar, porque la esperanza de vida crece y la población aumenta". En Uruguay, somos unos pocos más que hace diez años; además, la población envejece, porque vive cada vez más.

Luego, manifestó: "En 2006, el tratamiento de la enfermedad cardiovascular costó 368 billones de dólares en EE UU, tres veces lo que se gastó diez años antes".

Seguramente, cuando en Uruguay se apruebe el presupuesto para la salud, verán que es tres veces más grande que hace diez años, y somos la misma gente. Aumentaremos nuestra población en 50.000 o 100.000 habitantes, no la triplicaremos, pero vamos a necesitar el triple de recursos. Inevitablemente, deberemos aumentar los gastos en salud, porque la tecnología y la asistencia nos llevan de las narices.

Entonces, debemos reflexionar que si no atendemos a esta población de alto riesgo cardiovascular, seguiremos aumentando los gastos. Vamos a perder calidad de vida y seres humanos a mayor costo.

En cuanto al panorama de las enfermedades cardiovasculares, si cambiamos el título de la diapositiva y hablamos de tumores, va a ser exactamente lo mismo: hay una gran población en riesgo de contraer cáncer. Habrá un gran aumento de costos, porque las enfermedades oncológicas son más caras de tratar que las cardiovasculares. Además, la mortalidad viene en aumento, teniendo en cuenta que en el perfil oncológico no les va tan bien como a nosotros.

SEÑOR LEMA (Martín).- En lo personal, me tocó conocer la sede de la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular y participar de algunas actividades como, por ejemplo, la que se realizó por el "Día Mundial de la Actividad Física". En ese momento, me llevé la mejor impresión por el trabajo que vienen realizando. Realmente, es un lujo tener su opinión calificada en el ámbito de esta comisión.

En cierto momento, en las diapositivas, se habló de la obesidad y el sobrepeso y no estaba la estadística en los adolescentes. Me gustaría saber algo al respecto.

SEÑOR ZELARAYÁN (Mario).- Se manejan cifras del 26% para adolescentes de entre 9 y 12 años; hay un 8% de obesidad y, el resto, de sobrepeso. Esto va en ascenso y tiene características iguales que los demás factores de riesgo.

Hay mayor obesidad en los niveles socioeconómicos más bajos. Los niveles de sobrepeso y obesidad en las franjas con menores ingresos llegan al 40%. Manejamos estadísticas del INAU.

SEÑOR LEMA (Martín).- Recién hablamos de los costos. En su opinión, ¿se podrían mantener las tendencias mencionadas de la baja de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares bajando los costos? La idea es mantener la tendencia de los resultados optimizando los costos. ¿Hay alguna manera de bajar los costos y de mantener o seguir mejorando las tendencias?

SEÑOR ZELARAYÁN (Mario).- Según la Organización Mundial de la Salud, los costos tendrían que ser 50% para la asistencia y 50% para la prevención; eso va a tardar décadas.

Me parece no es posible bajar los costos de la asistencia. No se puede decir, por ejemplo: "Ahora no vamos a financiar la cirugía cardíaca; vamos a atender hasta los 50 años". Creo que, en algún momento, deberá tomarse una medida, porque, como decía Valentín Fuster, los costos son insostenibles. No sé cómo va a atacar el Ministerio de Economía y Finanzas estos costos. De todos modos, una vez que se asumen los costos, es muy difícil sostenerlos. Estamos convencidos de que habría que reforzar los gastos en prevención.

SEÑOR DE LEÓN (Walter).- En cuanto a la prevención secundaria, el Fondo está trabajando al respecto: había intervenciones percutáneas, pero la enfermedad seguía progresando, porque se trataba de algo solo mecánico y no se modificaban los lípidos ni el estilo de vida. Ahora, el Fondo está controlando que los pacientes hagan prevención secundaria, es decir, que tomen las estatinas, que controlen su peso, etcétera. Eso fue un avance.

SEÑOR ZELARAYÁN (Mario).- Cuando hablo de prevención, me refiero a cuatro fases. La primaria es el paciente sano. La prevención secundaria es el paciente que ya tiene un factor de riesgo. La prevención terciaria -que menciona el señor diputado- es cuando el paciente tuvo un evento agudo y se corrigió, pero hay que atenderlo, porque las recidivas son muy grandes. Finalmente, tenemos la prevención cuaternaria que, sobre todo, atiende a pacientes que no deberían ser atendidos y refiere a gastos en salud que no van directamente a la salud

Fundamentalmente, me refiero a sacar la indicación a los pacientes que no merecen ser atendidos. Por ejemplo, todos sabemos que hay un 30% de hipertensión en Uruguay; sin embargo, nosotros tratamos al 100%. La mayor parte de los pacientes hipertensos no saben que lo son. Entonces, hacemos un gasto enorme y atendemos a los tres millones de habitantes, cuando no todos son hipertensos. Si pudiéramos reconocer los casos, todo sería más fácil.

Lo que hace el Fondo Nacional de Recursos está muy bien, porque atiende la prevención terciaria y está obteniendo muy buenos resultados; todos los pacientes atendidos por el Fondo tienen un 98% de sobrevida.

SEÑOR DE LEÓN (Walter).- Como la población del Fondo Nacional de Recursos ahora es muy importante, esto también tiene impacto.

SEÑOR ZELARAYÁN (Mario).- Sí, claro.

En la prevención terciaria que realiza el Fondo, la estrategia es la misma que se utiliza para las demás prevenciones. Al paciente infartado u operado se le dice que tiene que realizar actividad física, comer bien y tomar la medicación. No hay invento; es lo mismo, pero más personalizado y focalizado. En ese sentido, es más efectivo.

SEÑOR DE LEÓN (Walter).- Las guías norteamericanas ahora dedicaron una guía especial para las mujeres. Creo que en 2013 salió esa guía.

SEÑOR ZELARAYÁN (Mario).- Dentro de la problemática de la alta mortalidad cardiovascular, está la baja percepción que tienen las mujeres de sus factores de riesgo. La mujer no sabe que se muere del corazón ni que tiene un infarto. En Estados Unidos han hecho encuestas de percepción de riesgo. Nosotros hicimos una y preguntamos a tres mil mujeres, mayores de veinticinco años, por qué causas pensaban que podían morir en los próximos años. El 80% respondió que pensaba que iba a morir de cáncer y el 20% de enfermedades cardiovasculares, cuando es prácticamente al revés. Esto les pasa a las mujeres y también a los médicos. Los médicos no atienden adecuadamente los síntomas de las mujeres porque los síntomas descriptos en los libros de texto son los síntomas del infarto referidos al hombre. La mujer tiene otros síntomas, que son muy distintos a los del hombre. Entonces, cuando la mujer presenta síntomas, como no son los que nos enseñaron, pensamos que tiene algo en el estómago, etcétera, y se va alterando el diagnóstico. En esos casos, hay una gran pérdida de tiempo que no ayuda al tratamiento del infarto agudo de miocardio. Cuando se inician los primeros síntomas del infarto tenemos una hora para resolver el problema.

SEÑOR PRESIDENTE.- Para la Comisión Salud Pública y Asistencia Social fue un gusto recibirlos. Muchos de los temas conversados ya los habíamos tratado con los compañeros de la Comisión Honoraria, pero hubo aspectos nuevos, reflexiones, etcétera.

Creo que tienen un trabajo formidable y un gran desafío de seguir trabajando en el abordaje de la salud cardiovascular en el Uruguay. Como vimos en la gráfica que nos trajeron hoy, hemos bajado la mortalidad por esta causa. Estábamos acostumbrados a decir que la primera causa de muerte en Uruguay eran las enfermedades cardiovasculares y que la segunda era el cáncer. Esto se logró en mucho gracias al esfuerzo de la Comisión Honoraria y a su trabajo constante. Trabajar con recursos económicos y humanos es muy fácil, pero el trabajo que realizan desde hace muchos años en la Comisión Honoraria, luchando con escasos recursos económicos y humanos pero con muy buenos resultados, es digno de felicitación.

En la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social están las puertas abiertas cada vez que quieran presentar trabajos o plantear inquietudes. Somos articuladores en esto.

SEÑOR ZELARAYÁN (Mario).- Los agradecidos somos nosotros. Tenemos mucho trabajo conjunto por delante. Ojalá en breve nos podamos juntar otra vez para trabajar juntos en las recomendaciones del 25 por 25, en el marco regulatorio. Son media docena de programas, algunos de los cuales ya tenemos implementados. La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social es de gran ayuda y el motor principal en la mejora de la salud. Esperamos trabajar juntos.

SEÑOR PRESIDENTE.- Gracias.

(Se retira de Sala la delegación de la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular)

(Ingresa a Sala una delegación de la Asociación Uruguaya de Dietistas y Nutricionistas)

——La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social tiene mucho gusto en recibir a una delegación de la Asociación Uruguaya de Dietistas y Nutricionistas, integrada por las señoras María Rosa Curuchet, Alejandra Girona y Sofía Verdier.

A la hora 16, debemos levantar la sesión porque comienza la sesión de Cámara. Se nos fue casi todo el tiempo en atender a las dos delegaciones anteriores, que vinieron con temas importantes; hicimos preguntas, y se nos pasó la hora. Como los temas que vienen a plantear también son importantes, la Comisión entiende que en el día de hoy no alcanzará el tiempo para tratarlos como queremos. Por eso, las estaríamos recibiendo

mañana a la hora 14. Hoy pueden presentarse y hacer un esbozo de los temas y mañana desarrollarlos. Les pedimos disculpas, pero es la solución que podemos dar.

SEÑORA CURUCHET (María Rosa).- Les agradecemos que nos hayan recibido.

Soy la Presidenta de la Asociación Uruguaya de Dietistas y Nutricionistas. Tenemos gran interés en retomar el proceso que se inició en la Administración anterior, vinculado a reglamentación o regulación del ejercicio de la profesión de licenciado en nutrición. Tenemos razones para fundamentar esto. En todo caso, mañana, con mayor tranquilidad, podremos exponer el proceso de trabajo que hemos hecho. Estuvimos conversando de estos temas con el señor diputado Bianchi, el señor senador Gallo y el señor senador Solari. Los dos últimos fueron quienes presentaron nuestro proyecto en el Senado. Nos parece muy importante retomar ese trabajo en esta Administración, considerando que ahora hay tiempo parlamentario para discutirlo. Por eso hemos solicitado la entrevista.

El segundo motivo de la solicitud está vinculado con el desarrollo de algunas estrategias para promover acciones de salud pública en Uruguay, relacionadas con el tema alimentación y nutrición. Nos parece importante conversar con ustedes sobre algunos de los temas relevantes en este sentido. Entendemos que el Parlamento puede hacer un aporte valiosísimo al abordar algunos de los grandes problemas de salud pública que tiene nuestro país.

SEÑORA GIRONA (Alejandra).- Queremos informarles que en setiembre se va a realizar el Congreso Iberoamericano de Nutrición, oportunidad en la que recibiremos a representantes de OPS, quienes están muy interesados en el tema. En este momento estamos armando la agenda de trabajo.

SEÑOR PRESIDENTE.- En el día de mañana, con más tiempo, conversaremos sobre el tema.

Se levanta la reunión.